

# 歯科疾患在宅療養管理料に係わる管理計画書

書類-③


年 月 日

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳 )
--------------	--	-----	------	---------	---	---	---------

### 【全身の状態】

1	基礎疾患	1 なし	2 あり	( 疾患名 )
2	服 薬	1 なし	2 あり	( 薬剤名 )
3	肺炎の既往	1 なし	2 あり	3 繰り返しあり
4	低栄養リスク(体重の変化等)	1 なし	2 あり	3 不明
5	食事形態	1 普通食	2 介護食	3 非経口

### 【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1 良好	2 不良	3 著しく不良	特記事項があれば記載  
2	口腔乾燥	1 なし	2 軽度	3 重度	
3	う蝕(むし歯)	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上顎 : 1 総義歯    2 部分床義歯    3 義歯なし 下顎 : 1 総義歯    2 部分床義歯    3 義歯なし			
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1 あり ( 片側 ・ 両側 )		2 なし	
		義歯制作(修理等)の緊急性		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

### 【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係わる管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1 良好	2 やや不良	3 不良	
		頬、口唇機能	1 良好	2 やや不良	3 不良	
		軟口蓋機能	1 良好	2 やや不良	3 不良	
2	構音機能	パの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭	
		タの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭	
		カの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭	
3	咀嚼運動	1 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能		2 下顎および舌の上下運動		
		3 下顎の上下運動のみ		4 ほとんど下顎の動きがない		
4	食形態	1 常食	2 軟菜食	3 刻み食	4 とろみ付き刻み食	5 ミキサー食
		6 流動食	7 ゼリー	8 その他		
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1 ない	2 ある→胃ろう	3 経鼻	4 その他
		座位保持	1 良好	2 やや不良	3 不良	
		顎部可動性	1 十分	2 不十分	3 不可	
		開口保持	1 可能	2 困難	3 不可能	
		口腔内での水分の保持	1 可能	2 困難	3 不可能 → むせ	
			4 飲んでしまう	5 口から出る		
	含嗽(ブクブクうがい)	1 可能	2 困難	3 不可能 → むせ		
		4 飲んでしまう	5 口から出る			

### 【管理方針等】

① 治療期間 約(       ) 日・週・月・年	② 治療頻度 約(       )回 / 週・月・年
③ 治療の予定 <input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他	

※私は当説明書の内容について説明を受け、同意し交付を受けました。	利用者 同意サイン
----------------------------------	--------------